



# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Gastrenterologia

### **Doença Inflamatória Intestinal – Será também uma doença psicossomática?**

Joana Filipa de Sousa Soares

---

**Fevereiro'2017**



# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Gastrenterologia

### **Doença Inflamatória Intestinal – Será também uma doença psicossomática?**

Joana Filipa de Sousa Soares

**Orientado por:**

Drº Manuel Martins Alves

---

**Fevereiro'2017**

## Resumo

---

A doença inflamatória intestinal é uma doença crónica e incapacitante de etiologia ainda por esclarecer. As últimas evidências em torno do papel dos factores psicológicos na sua história natural têm sido controversas e carecem de maior investigação. O objectivo deste artigo de revisão é rever algumas das mais recentes actualizações a esta temática e encontrar factos que corroborem o lado psicossocial que esta doença possui. Em primeiro lugar, abordar-se-á o papel do stress, sintomas psicológicos e características específicas destes doentes, que poderão afectar o curso da doença e ter uma possível ligação com as exacerbações. É dada especial relevância à taxa de prevalência, aos factores individuais e de risco e ao impacto que a ansiedade e depressão têm nestes doentes. Os possíveis mecanismos através dos quais o stress pode provocar sintomas gastrointestinais, incluindo alterações nas funções motoras, sensitivas e secretoras, aumento da permeabilidade de membrana e alterações no sistema imunitário são a seguir revistos. O papel das preocupações dos doentes assim como os seus mecanismos de adaptação, estratégias de *coping* e factores psicossociais envolventes é de extrema importância, deve ser reconhecido pelos clínicos e é, também, discutido neste artigo. Na última parte deste artigo de revisão discute-se a psicoterapia no tratamento da doença inflamatória intestinal, em que vários autores têm procurado estabelecer uma relação benéfica; abordam-se possíveis protocolos de tratamento e desafios de diagnóstico.

**Palavras-chave:** Doença de Crohn, Colite Ulcerosa, Stress psicológico, *Coping*, Psicoterapia.

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.

## Abstract

---

Inflammatory bowel disease is a chronic and disabling disease of etiology yet to be clarified. The latest evidence on the role of psychological factors in their natural history has been controversial and needs further investigation. The purpose of this review article is to review some of the most recent updates to this topic and to find facts that corroborate the psychosocial of this disease. Firstly, the role of stress, psychological symptoms and specific characteristics of the patients that can affect the course of the disease and have a possible connection with exacerbations will be addressed. Particular relevance is given to the prevalence rate, individual and risk factors, and the impact that anxiety and depression have on these patients. The possible mechanisms through which stress can cause gastrointestinal symptoms, including changes in motor, sensory and secretory functions, increased membrane permeability and changes in the immune system are reviewed later. The role of patient concerns as well as their coping mechanisms, coping strategies, and surrounding psychosocial factors is of paramount importance, must be recognized by clinicians, and is also discussed in this article. The last part of this review article discusses psychotherapy in the treatment of inflammatory bowel disease, in which several authors have tried to establish a beneficial relationship; possible treatment protocols and diagnostic challenges are discussed as well.

**Keywords:** Crohn's Disease, Ulcerative Colitis, Psychological Stress, Coping, Psychotherapy.

The Final Paper expresses the author's opinion and not the FML's.

## Índice de Tabelas

---

Tabela 1 - Detector de Ansiedade e Depressão .....	20
--	----

## Índice

---

Resumo .....	3
Abstract.....	4
Índice de Tabelas .....	5
Abreviaturas e Acrónimos .....	7
Capítulo I - Introdução e Enquadramento Teórico .....	8
Capítulo II - Sintomas na DII, complicações e mortalidade.....	9
Capítulo III - Sintomas psicológicos e características dos doentes com DII.....	11
Capítulo IV .....	15
IV.I – Possíveis mecanismos do efeito do stress psicológico .....	15
IV.II – Mecanismos de adaptação e qualidade de vida .....	17
Capítulo V – Abordagem psicoterapêutica e desafios do futuro .....	19
Capítulo VII – Conclusão .....	20
Referências Bibliográficas.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## Abreviaturas e Acrónimos

---

DII – Doença Inflamatória Intestinal

DC – Doença de Crohn

CU – Colite Ulcerosa

CRF – Hormona Libertadora de Corticotrofina

ACTH – Hormona Adrenocorticotrófica

## Capítulo I - Introdução e Enquadramento Teórico

---

A doença inflamatória intestinal (DII) representa uma condição inflamatória crónica, cuja causa ainda é desconhecida e é caracterizada por episódios de sintomas gastrointestinais que podem ser consequência de diferentes factores, entre eles a inflamação.

A Doença de Crohn (DC) e a Colite Ulcerosa (CU) são as doenças *major* da DII, ambas com características clínicas e patológicas sobreponíveis, mas também diferenciáveis. Enquanto que a DC pode envolver qualquer porção do trato gastrointestinal, a CU afecta normalmente apenas o cólon e recto, não sendo totalmente conhecido o seu processo patológico.

A sua prevalência e incidência tem vindo a crescer nas últimas décadas, sendo bastante variável geograficamente. As maiores taxas de prevalência são na Europa e América do Norte. Na Europa, a prevalência é, actualmente, de 505 por 100,000 habitantes na CU e 322 por 100,000 habitantes na DC. A incidência de DC na Europa varia entre 0,5 a 10,6 casos por 100,000 habitantes/ano, enquanto as estimativas para a CU variam entre 0,9 a 24,3 por 100,000 habitantes/ano. <sup>[3][18][10]</sup>. Assim, é imperativo que se continue a investir no estudo desta patologia que afecta diferentes faixas etárias, principalmente entre a segunda e quarta décadas de vida e que tem um impacto muito importante na qualidade de vida do doente e na sua saúde psicológica.

Como foi referido, apesar de ainda não estar totalmente esclarecida a etiologia desta condição, para além de factores imunológicos, considera-se que estejam também envolvidos na patogénese factores ambientais e genéticos. Estes, actuando simultaneamente num indivíduo susceptível, causam a disfunção gastrointestinal e uma resposta inflamatória exagerada. <sup>[1][3]</sup>

Um dos factores ambientais considerado como possível desencadeante é o stress psicológico que está intimamente relacionado com as características psicossociais inerentes a cada indivíduo. <sup>[1][3]</sup> Para além disso, sabe-se que os indivíduos que já experienciaram episódios de sintomas gastrointestinais estão mais susceptíveis a elevados níveis de stress. <sup>[2]</sup> A ansiedade e a depressão são as alterações mais frequentes do foro psicológico, com diferentes expressões e repercussões. <sup>[4][5]</sup> Uma vez que o próprio curso da doença é imprevisível, mesmo nos períodos de remissão, as preocupações e a visão negativa da sua condição pode



interferir com a capacidade do doente em ultrapassar dificuldades e lidar com o seu problema e, acima de tudo, com a frequência de recidivas dos sintomas gastrointestinais. <sup>[2][3]</sup>

Vários estudos recentes têm demonstrado que os factores psicológicos e o stress podem agravar os sintomas e aumentar o risco de recidiva. Um dos factores mais importantes na ligação entre o stress e o curso clínico da doença é a forma como os doentes enfrentam a sua condição e os processos mentais e comportamentos aplicados no sentido de gerir o stress e preencher as necessidades tanto intrínsecas como extrínsecas de uma determinada situação imposta – *coping*. O impacto individual subsequente a esta adaptação é igualmente relevante. <sup>[4][5]</sup>

Sendo esta uma temática oportuna aquando da abordagem da Doença Inflamatória Intestinal e com cada vez mais informação e estudos a serem realizados no seu âmbito, é premente que os clínicos tenham conhecimento para fazer face ao desafio que estes doentes lhes colocam e integrem o tratamento não só médico como psicoterapêutico.

## Capítulo II - Sintomas na DII, complicações e mortalidade

---

A DC e a CU têm um curso evolutivo crónico e variável em que, como já referido, podem estar envolvidos muitos factores.

Os sintomas da DII incluem, entre outros, dor abdominal, diarreia sanguinolenta, cansaço e perda de peso. <sup>[3][7][8]</sup> Estes quadros, por norma, provocam uma interrupção imediata da actividade que o doente está a desenvolver, o que por si só tem um impacto negativo na sua vida. Para além disso, após o diagnóstico há necessidade de uma reorganização e, por vezes, limitação daquilo que são os hábitos diários do indivíduo – o seu estilo de vida e actividades principais, a dieta alimentar, local de trabalho/ensino, vida social e relações interpessoais, assim como o seu bem-estar psicológico. <sup>[3][6]</sup>

As complicações desta patologia são variadas e envolvem os vários sistemas de órgãos. A DC, que se caracteriza pela inflamação focal, assimétrica e transmural, com frequência provoca inflamação do íleon e cólon direito. As suas principais

complicações incluem inflamação aguda do intestino, úlceras, obstrução e perfuração. Mesmo após o uso de terapêutica imunossupressora, mais de metade dos doentes necessitam de cirurgia a longo-prazo, principalmente devido a doença refractária ou estenoses. Para além disso, após uma primeira ressecção verifica-se que há várias vezes necessidade de uma segunda cirurgia alguns anos depois. <sup>[3]</sup> Ao contrário da CU, na DC observa-se ainda o estabelecimento de conexões anormais entre o intestino e outros órgãos – fístulas - que muito frequentemente afectam a região perianal.

A CU afecta apenas o cólon, não provocando, normalmente, fístulas ou estenoses. A cirurgia pode ser necessária por variadas razões. Em primeiro lugar, doentes com colites agudas graves geralmente beneficiam de cirurgia. Sabe-se que doentes que após 3 dias de terapêutica intravenosa com corticosteróides, que se apresentem com diarreia marcada (mais de 8 dejectões diárias) e com uma proteína-C reactiva superior a 45 mg/L, têm maior probabilidade (85%) de necessitarem de cirurgia urgente. Para além disso, cerca de 15-25% dos doentes com um episódio grave de sintomas gastrointestinais vão precisar de colectomia urgente, independentemente da terapêutica médica que lhes é dada. <sup>[3]</sup> A colectomia electiva é realizada a doentes com cancro ou displasia colorectal e também naqueles que não respondem a terapêutica médica de manutenção. Assim, até 25% dos doentes com colite ulcerosa irão necessitar de cirurgia. <sup>[3]</sup> Esta solução não é isenta de problemas e, com a formação permanente de estomias, o doente pode ver a sua imagem corporal comprometida e deformada. Outras consequências cirúrgicas incluem cicatrização de feridas perineais, obstruções por bridas ou aderências ou problemas funcionais da ileostomia. Apesar de não ser frequente, a disfunção sexual pode acontecer e tem um impacto relevante na vida do doente. <sup>[3][7][8]</sup>

O envolvimento extraintestinal é frequente nos doentes com DC e, entre outras coisas, apresenta-se como manifestações reumatológicas, dermatológicas e oftalmológicas. Particularmente no sexo feminino, verifica-se maior taxa de abortos espontâneos, principalmente se a doença se mantiver activa durante a gravidez. <sup>[3]</sup> Doentes com DII têm maior probabilidade de desenvolver doença maligna, particularmente a CU, que aumenta o risco de cancro colorectal em homens cuja doença foi diagnosticada em idade jovem e naqueles com colite extensa. A CU está, ainda, associada à colangite esclerosante primária, havendo a possibilidade de uma transformação maligna em colangiocarcinoma.

Por si só, a DII não tem um impacto directo na mortalidade dos doentes. Há uma mortalidade em grande parte normal na CU, com taxas de mortalidade idênticas às da população geral na maioria dos estudos e um ligeiro aumento de mortalidade na DC. Neste último caso, os vários estudos sobre mortalidade na DC mostraram que há um aumento principalmente naqueles em quem a doença foi diagnosticada ainda em idade jovem e naqueles que necessitam cirurgias de ressecção extensas ou múltiplas.

É, assim, fácil de compreender que a DII tem um impacto físico muito relevante na saúde dos indivíduos e na sua qualidade de vida. Tanto as terapêuticas médicas como as cirúrgicas contribuem para a deterioração da auto-imagem, especialmente porque a maior parte das vezes o diagnóstico é feito na adolescência e nas fases socialmente activas da vida. Sendo a doença caracterizada por exacerbações e remissões, é difícil para os clínicos avaliá-la de uma forma não objectiva, deixando-se de parte a percepção da doença por parte do doente e o seu sofrimento psicológico, que pode ser tão forte ao ponto de se sobrepôr à parte somática. <sup>[9]</sup> Mesmo nos períodos inactivos da doença, preocupações com o futuro, a história da doença e as limitações que ela condiciona, têm um impacto muito negativo na interiorização do eu e nas expectativas para a vida.

### **Capítulo III - Sintomas psicológicos e características dos doentes com DII**

---

Cada vez mais há informação que clarifica o papel dos factores psicológicos na patofisiologia e história natural da DII. Tendo como exemplo um estudo realizado numa população de doentes com DII, procurou avaliar-se se a presença de eventos de vida stressantes e a própria apreensão do stress (incluindo também factores como consumo de anti-inflamatórios não esteróides e antibióticos ou infecções) estavam associados com as exacerbações de sintomas gastrointestinais. <sup>[5][15]</sup> Os resultados obtidos foram de que, a cada 3 meses, 50% dos doentes experienciava algum tipo de stress, sendo que o mais referido foi o stress relacionado com o dia-a-dia. Outros resultados a reter são o facto de o stress familiar, do trabalho/escola e o financeiro terem sido muito mencionados. Em relação aos indivíduos que mencionaram não vivenciar situações de stress, a maior parte deles encontrava-se na fase inactiva da

doença. Os factores psicológicos, incluindo a ocorrência de um evento de vida *major*, stress sentido de forma muito intensa e o humor altamente deprimido foram significativamente associados a exacerbações subsequentes. A exposição ao stress, a eventos de vida stressantes e a própria percepção do stress e envolvimento pelo doente, contribuem como factor de risco para novas recaídas. <sup>[5][15]</sup> Estabelecendo-se, assim, a associação entre o stress e o aumento da probabilidade de uma próxima exacerbação, é fácil de entender a relação bidireccional existente entre stress e doença sintomática. A presença de sintomas pode exacerbar ou mesmo estimular o stress, enquanto que a presença de stress pode desencadear doença sintomática.

Os traços de personalidade dos doentes com DII é um assunto que chamou a atenção de alguns autores, que apenas conseguiram estabelecer uma associação discreta de algumas características, sem associação de um tipo de personalidade específico. Não há evidência que suporte a hipótese de um tipo de personalidade que predisponha ao desenvolvimento de DII. Há determinadas características que são comuns entre os doentes com DII, que incluem comportamentos obsessivo-compulsivos, dependência, ansiedade, *over-conscientiousness* ou o perfeccionismo. <sup>[12]</sup> As perturbações do foro psiquiátrico podem ser o resultado de uma doença crónica com vários anos de evolução, mas se determinadas características estiverem presentes antes do diagnóstico, é possível que haja uma ligação de risco entre personalidades susceptíveis e a doença. Os traços de personalidade podem ter um papel modulador entre a relação do stress e da resposta imunológica ao mesmo. <sup>[14]</sup> Desta forma, há necessidade de se continuar a investigar a relação que outros traços de personalidade como a introversão, tendência para o pessimismo, emoções negativas, refúgio em si mesmos e a insegurança, poderão ter nestes doentes.

A depressão e a ansiedade são uma constante nos doentes com DII, que apresentam uma prevalência destas morbilidades superior à da população em geral. Essa prevalência, cerca de 25-35%, é idêntica à da população que vive com uma doença física crónica. A prevalência varia, ainda, entre os 29%-35% durante uma remissão e passa para valores de 80% na ansiedade e 60% na depressão aquando de uma exacerbação. <sup>[14][3]</sup> Os doentes com DII enfrentam diariamente preocupações e medo, relacionados com a incurabilidade, a incerteza de prognóstico, necessidade de cirurgia ou mesmo do aparecimento de cancro, sendo compreensível a maior predisposição para o desenvolvimento de ansiedade e depressão, uma vez conscientes da sua condição. As perturbações depressivas são mais comuns entre os doentes

idosos e em indivíduos que já tinham antecedentes psiquiátricos.<sup>[5]</sup> A corroborar esta informação, há evidência de que os doentes com DII tomam por regra mais medicamentos, que incluem antidepressivos, ansiolíticos e analgésicos, entre outros.

<sup>[16]</sup> Num estudo feito numa população com CU, verificou-se que a depressão e a ansiedade a precediam mais frequentemente do que era esperado e esta associação é ainda mais forte quando as perturbações psiquiátricas são diagnosticadas no mesmo ano em que é feito o diagnóstico de CU. Os resultados em relação à DC não foram representativos. Apesar disso, o aparecimento destas duas perturbações nos doentes com DII carece de esclarecimento. Colocando em dúvida se a depressão e a ansiedade precedem ou se sucedem o estabelecimento da DII, alguns dados sugerem que as perturbações de humor podem estimular a produção de citocinas pró-inflamatórias e, assim, afectar negativamente a história natural da doença e modular a sua expressão clínica, tendo mais influência a este nível do que na própria etiologia da doença.<sup>[14]</sup>

Um outro estudo sobre doenças psiquiátricas, no âmbito da DII, refere que há traços típicos dos doentes com DII, nomeadamente o neuroticismo (um traço de personalidade de instabilidade emocional) e a inibição emocional, mas que estão de igual forma presentes noutros doentes crónicos, não sendo específicos da doença gastrointestinal. Altos níveis de neuroticismo reduzem o bem estar psicológico. Este facto, em comunhão com o perfeccionismo, tem um impacto muito negativo na doença, provavelmente explicado pelos preconceitos cognitivos de cariz negativo, pela maior reactividade a factores exógenos causadores de stress e à constante pressão em se adaptar ao que é socialmente aceite.<sup>[14][10]</sup> Os próprios sintomas gastrointestinais, como a hemorragia, dor abdominal ou flatulência, causam a depressão e a ansiedade.<sup>[5]</sup> O facto de haver tanta informação relativamente ao espectro da depressão e ansiedade, coaduna-se com o facto de lhes ser dada tanta importância na comunidade e serem uma das maiores preocupações na saúde mental. Os sintomas mais verificados na perturbação ansiosa são a agitação física, as preocupações excessivas sobre o futuro, a fuga a situações que provoquem medo (incluindo consultas e exames médicos) e a dificuldade em lidar com novas situações. Por seu lado, na depressão vemos pessoas com sintomas principalmente afectivos, cognitivos e somáticos, humor deprimido, perda de interesse nas actividades habituais com consequente afastamento, culpabilidade e sensação de inutilidade, dificuldades de concentração, falta de energia e alterações no padrão do apetite e sono.

Nos países nórdicos europeus tem havido um aumento da incidência de DII em adolescentes. Nestes jovens, verificou-se uma ligação entre a doença e o facto de terem mais problemas tanto emocionais como sociais e menos competência para lidar com os mesmos.<sup>[17]</sup> Tanto estas questões como os próprios sintomas inerentes à doença afectam significativamente a qualidade de vida dos adolescentes, que estão numa fase peculiar de desenvolvimento pessoal e social. Dessa forma, a actividade escolar e educacional sofre consequências, com tudo o que isso possa implicar no futuro desses doentes. A acrescentar a isto, diversos jovens com sintomas graves de DII têm perturbações do sono, com aumento do cansaço. A apoiar estes dados, um outro estudo revelou uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas e problemas comportamentais (principalmente depressão, ansiedade e baixa auto-estima) em crianças e adolescentes com DII, em comparação com os seus pares saudáveis.<sup>[12]</sup>

A alexitimia, caracterizada pela incapacidade ou inabilidade de identificar e descrever emoções, é uma outra característica que tem sido frequentemente associada aos doentes com DII. Vários estudos verificaram que, em relação à população geral, há maior prevalência desta marca de personalidade. Estes doentes têm caracteristicamente dificuldades em reconhecer e verbalizar emoções, assim como dificuldade em regulá-las e expressá-las aos outros.<sup>[10]</sup> Mesmo controlando factores como a influência educacional, género, perturbações como a ansiedade e depressão e os diferentes sintomas gastrointestinais, os doentes com DII apresentam-se como sendo mais alexitímicos do que a população geral.<sup>[5]</sup>

Os défices cognitivos também são uma preocupação aquando da instalação precoce da doença. Alguns estudos evidenciaram défices particularmente na capacidade verbal, o que leva a uma maior necessidade de atenção por parte do clínico a problemas cognitivos *minor*, pois podem interferir com o normal desenvolvimento na adolescência.<sup>[5]</sup>

Ainda no contexto das características da personalidade, um estudo indica que determinados tipos de personalidade podem afectar negativamente a qualidade de vida do doente com DII. Assim, a dificuldade em expressar sentimentos e emoções afecta o doente tanto a nível de sintomatologia somática como de funcionamento social. Não transmitindo os seus sentimentos verbalmente, os doentes somatizam-nos. Este facto é ainda mais notório quando outros traços de personalidade estão presentes, como a introversão ou quando o apoio social é escasso. Alguns doentes admitem

mesmo que haja uma possível relação entre a sua personalidade e a história natural da doença.<sup>[14]</sup>

Um padrão mais geral de somatização foi observado em doentes com DII. Para além disso, foi relatada uma conexão significativa entre sintomas de origem gastrointestinal e não gastrointestinal, clinicamente inexplicados, o que sugere um perfil de somatização utilizado em vários sistemas de órgãos em muitos destes doentes.

## Capítulo IV

---

### IV.I – Possíveis mecanismos do efeito do stress psicológico

---

O stress é visto como uma ameaça, seja ela psicológica ou física, à normal integridade do nosso organismo. Vários sintomas na DII podem ser consequência de um comprometimento da função gastrointestinal estimulado pelo stress. Um plexo nervoso designado *eixo cérebro-intestinal* existe entre o sistema nervoso entérico e as suas comunicações autónomas e espinhais com o sistema nervoso central. As funções gastrointestinais motoras, secretoras e sensoriais, assim como os limiares de percepção de dor, podem ser influenciados pelo stress psicológico e emocional directa ou indirectamente pelo *eixo cérebro-intestinal*. Outros intervenientes neste fenómeno são o péptido vasoactivo intestinal, a substância P, hormonas, neurotransmissores e vários neuropeptídeos.

O stress tem como resposta fisiológica a libertação de hormona libertadora de corticotrofina (CRF), tanto do sistema nervoso central como periférico. Por sua vez, o CRF estimula o sistema hormona adrenocorticotrófica (ACTH)-cortisol e, periféricamente, a mobilidade gastrointestinal. O processo através do qual o CRF é um importante mediador nas perturbações psicológicas relacionadas com o stress, tem que ver com a sua via de sinalização que participa nas respostas endócrinas, comportamentais e viscerais ao stress, tendo poder de estimular as mudanças na

motilidade gastrointestinal. O CRF endógeno, vai inibir a motilidade do trato gastrointestinal alto e estimular a do cólon. A utilização de antagonistas exclusivos permitiu observar que o CRF central aumenta a mobilidade do cólon através da activação do receptor CRF1 e inibe a drenagem gástrica através da regulação do receptor CRF2. <sup>[1]</sup>

Estudos recentes têm indicado que os processos periféricos associados ao CRF também promovem alterações provocadas pelo stress na motilidade do intestino e na função da mucosa intestinal. Ao injectar CRF perifericamente e intraperitonealmente os resultados consistiram em alterações na motilidade intestinal, consoante o receptor com que interagem, e uma estimulação da inflamação intestinal e alteração da sensibilidade visceral, respectivamente. Foi demonstrado em vários estudos, que a estimulação de mastócitos e receptores periféricos de CRF são dos principais mecanismos envolvidos no comprometimento da fisiologia intestinal relacionada com o stress. <sup>[1][19]</sup>

Outra questão amplamente discutida é a disfunção da permeabilidade da barreira intestinal por diferentes factores, entre eles o stress psicológico ou fisiológico. O aumento da permeabilidade às endotoxinas presentes nas paredes das bactérias do lúmen intestinal consegue influenciar respostas inflamatórias locais e sistémicas, sendo que a consequente resposta do sistema imunitário pode atingir formas severas. <sup>[1]</sup>

Numa perspectiva da psiconeuroimunologia, é bastante provável a existência de relações bidireccionais entre o sistema nervoso, o sistema imunitário e as próprias funções psicológicas, já que a DII não é apenas afectada pelo stress, como também predispõe, em certo ponto, a desequilíbrios psicológicos. A disfunção imunitária e a reactividade cruzada de células imunitárias contra células do hospedeiro têm capacidade de despoletar reacções inflamatórias. Por outro lado, é progressivamente reconhecido que o sistema nervoso entérico, o sistema nervoso autónomo e o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal interagem directamente com o sistema imunológico ao nível do trato gastrointestinal. As citocinas são moléculas importantes neste processo e há autores que defendem que a exposição tanto a stress crónico como agudo consegue modificar a expressão de perfis de citocinas ou de outras hormonas como o cortisol. Os mastócitos do trato gastrointestinal podem também ser activados através de comunicações com o sistema nervoso, sendo, assim, uma evidência de que o stress pode contribuir para a patogénese da DII. <sup>[1][14]</sup>



Tal como já foi referido no Capítulo III, é já mencionado por vários autores a ligação entre a ansiedade e depressão com a actividade da DII, nomeadamente com os períodos de exacerbação, apesar de ainda controversa. Num estudo sueco, numa pequena amostra de 50 pessoas, foi possível demonstrar-se essa relação, tanto para a DC como para a CU. Os doentes relataram a presença de altos níveis de stress no dia anterior às exacerbações, demonstrando a sua actuação como *trigger*.<sup>[11]</sup>

O stress é um factor capaz de deteriorar o curso da doença e a própria capacidade de *coping* do doente pode conseguir mudar de forma positiva a história natural da DII, como já defendido em alguns estudos.<sup>[1][4][10][14]</sup> Um estudo mostrou que a quantidade de stress a que o doente estava sujeito aumentava a possibilidade de uma recidiva e, por outro lado, doentes com baixos níveis de stress e que não tinham comportamentos de fuga como forma de *coping* conseguiam manter a sua doença em fase de remissão.<sup>[1]</sup>

Por fim, o trato gastrointestinal tem capacidade de funcionar como um órgão autónomo. Em condições normais, o trato gastrointestinal comunica com o sistema nervoso central que, por seu lado, integra a informação cedida. Uma disfunção nesta interacção é vista, por exemplo, no síndrome do intestino irritável, como modelo biopsicossocial mais tradicional. O *eixo cérebro-intestinal* proporciona a base anatómica através de influências ambientais e emotivas para modular a função gastrointestinal, operando através de processos inflamatórios e imunológicos na mucosa destes órgãos.

## IV.II – Mecanismos de adaptação e qualidade de vida

---

Lidar com uma doença crónica e todas as preocupações inerentes à mesma envolve um conjunto de estratégias de adaptação. Os mecanismos de adaptação ou o *coping*, são aplicados aquando de um desequilíbrio na normal homeostasia do doente.<sup>[1][10]</sup> Assim, através de diferentes abordagens e recursos haverá, por parte do indivíduo, uma capacidade em lidar com o stress que lhe é apresentado. Esses recursos incluem, entre outros, o apoio social que o doente tem, assim como a sua própria personalidade. Indivíduos mais optimistas têm, por regra, melhores

mecanismos de adaptação e maior capacidade de *coping*, maior auto-estima e maior capacidade de controlo. <sup>[1]</sup> Tal como há diferentes tipos de doentes, também as estratégias de adaptação são diversas. Algumas das mais comuns incluem estratégias emocionalmente orientadas, de resolução de problemas e optimistas ou, por outro lado, abordagens de auto-suficiência, pessimistas, que evitam a situação imposta. Esta última, pode perturbar o doente a nível psicológico e culminar numa má adaptação e pobre ajuste a uma doença que os acompanhará no futuro. <sup>[14]</sup> Os adolescentes são um grupo de risco, uma vez que é um grupo que usa mais estratégias mal-adaptativas e carecem de especial controlo e atenção, por tudo o que estas situações podem implicar no futuro. <sup>[1]</sup> As estratégias de adaptação podem variar no tempo. Quando o doente recebe o diagnóstico de DII, uma série de processos adaptativos sucedem. Assim, pode fazer uma avaliação inicial daquilo que será o impacto da doença na sua vida, exibindo reacções emocionais como sofrimento, angústia ou culpabilidade, com respostas comportamentais como procura de apoio social, alterações na dieta ou até na medicação. <sup>[14]</sup> Várias expressões de negação ou aceitação podem estar presentes e são constantemente influenciadas por factores como o grau de gravidade da doença, a idade e género do doente, a forma como vai influenciar os seus hábitos, as crenças e cultura, o estado emocional e a própria experiência prévia. <sup>[14][4]</sup> As estratégias de *coping* podem influenciar os efeitos do stress na história natural da doença e, por isso, é de salientar a necessidade de identificar doentes mal adaptados e em risco. Para além disso, as estratégias de *coping* que proporcionaram uma boa adaptação foram relacionadas positivamente com a saúde psicológica e, consequentemente, com maior qualidade de vida. <sup>[4][12][13]</sup> Num estudo com uma amostra de quase 900 doentes, foi possível mostrar que as variáveis psicológicas, particularmente o stress, ansiedade e sintomas depressivos, influenciam a qualidade de vida desses indivíduos. O impacto da DII na qualidade de vida não está apenas relacionado com os sintomas físicos, mas também com o estado psicológico dos doentes, em todas as fases da doença. <sup>[13]</sup> Todos estes factores são uma complexa rede de interacção e não permanecem estáveis no tempo.

## Capítulo V – Abordagem psicoterapêutica e desafios do futuro

---

Até ao momento, os estudos feitos no sentido de investigar o papel da psicoterapia na DII têm obtido resultados discordantes e inconsistentes. Mais recentemente, um estudo revelou que a orientação e aconselhamento dirigidos especificamente à DII poderiam melhorar o bem-estar psicológico e a história natural da doença em indivíduos com marcado stress psicossocial, relacionado com a doença ou com outros factores como o trabalho ou possíveis cirurgias no futuro.<sup>[12]</sup> Mais especificamente para a DC em fase de remissão, em indivíduos com história prévia de perturbações do foro psiquiátrico, obtiveram-se como resultados num outro estudo a melhoria de qualidade de vida, e potencialmente o curso da doença, utilizando programas comportamentais para doentes que não procuram a psicoterapia para os seus comportamentos negativos. Já no caso específico da CU em fase de remissão, um estudo obtém resultados que apoiam um investimento na investigação através de ensaios clínicos para testar a hipnoterapia dirigida ao sistema gastrointestinal para prevenção de recidivas, em doentes com níveis de stress altos relacionados com a doença. De forma contraditória, uma revisão de estudos que testava diferentes tipos de psicoterapia, sugeriu que a mesma não tinha influência na história natural da DII, mas que tinha influência do estado psicológico do doente e na forma como lida com a doença.<sup>[12][20]</sup>

Da mesma forma, num ensaio clínico aleatorizado em doentes com DII, a psicoterapia de controlo de stress não mostrou impacto no curso da doença, apesar de ter melhorado a qualidade de vida dos doentes. No entanto, uma análise recente de estudos que avaliava os efeitos das intervenções psicológicas (nomeadamente psicoterapia, educação comportamental e técnicas de relaxamento) revelou que o impacto na qualidade de vida era escasso, assim como também não tinha influência no estado emocional ou no controlo de recidivas. A proposta de futuros estudos com grande número de doentes, sejam eles adultos e adolescentes, e a necessidade de contínua investigação é transversal a todos os estudos.<sup>[12][5]</sup>

Detectar os distúrbios psicológicos consequentes à DII deve ser um complemento entre os cuidados clínicos primários e secundários. Usando como

exemplo a ansiedade e depressão, o clínico deve atender aos factores de risco que o doente tem e que o podem tornar susceptível ao desenvolvimento dessas perturbações. No entanto, há falta de prática por parte dos médicos, assim como insegurança da parte do doente em comunicar essas questões, sendo este o maior desafio colocado no dia-a-dia. Uma solução passa por questionários que possam, de certa forma, triar os doentes, e que podem ser aplicados nas consultas de seguimento de uma forma prática. Uma possível ferramenta poderá ser o Detector de Ansiedade e Depressão (*Anxiety and Depression Detector*) (tabela 1), que usa 5 questões com resposta sim ou não. Possui boa sensibilidade e uma especificidade bastante razoável para detecção de ansiedade e depressão em diferentes sexos e raças. <sup>[3]</sup>

---

Alguma vez....

1. Teve uma sensação ou ataque súbito em que se sentiu nervoso, assustado, ansioso ou inquieto? Com a duração de 6 meses?
2. Se sentiu ansioso ou pouco confortável quando rodeado por pessoas?
3. Teve sonhos recorrentes ou pesadelos acerca de um trauma ou evitou relembrar memórias traumáticas?
4. Durante as últimas 2 semanas, sentiu-se deprimido ou sem esperança, com pouco interesse nas suas actividades habituais?

---

**Tabela 1 - Detector de Ansiedade e Depressão**

## Capítulo VII – Conclusão

---

As evidências actuais sugerem que os factores psicológicos influenciam tanto a patofisiologia como a história natural da DII, assim como a adaptação dos doentes a esta condição incapacitante e crónica. Mais especificamente, a literatura refere uma possível ligação entre o stress psicológico e as exacerbações da doença, ainda carente de futuros esclarecimentos. O sistema nervoso entérico é cada vez mais reconhecido como factor regulador ao nível da integridade da barreira epitelial, para além da sua capacidade imunomoduladora. O humor, capaz de actuar no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e nos sistemas nervoso autónomo e entérico, parece influenciar a resposta inflamatória e imune no trato gastrointestinal.

Mecanismos de defesa e hostilidade mostram-se como elementos importantes na personalidade dos pacientes com DII. Em geral, estes doentes tendem a optar por estratégias mal-adaptativas e comportamentos evasivos, em comparação com a população saudável. Este facto leva a que haja uma maior probabilidade de desenvolverem sintomas ansiosos e depressivos, sendo estas as perturbações que mais afectam estes doentes, piorando a sua qualidade de vida. A doença em fase activa pode, por si só, causar ansiedade e depressão e a indução da remissão clínica tende a melhorar estes sintomas. A hipótese de que determinados tipos de personalidade e características predisponham ao desenvolvimento desta condição permanece ainda incerta e requer mais investigação.

A integração de intervenção psicoterapêutica com a terapêutica médica habitual parece ter importância. No entanto, é necessário que se faça mais investigação acerca dos efeitos que estas intervenções têm no estado psicológico do doente e na sua qualidade de vida e, mais importante que isso, nos efeitos fisiológicos e alterações da história natural da DII que daí poderão advir. Transformar estes resultados em intervenções terapêuticas focadas na diminuição do stress é um desafio e a sua solução não é apenas benéfica para os doentes, mas também dá esclarecimentos adicionais acerca da patogénese da DII.

## Agradecimentos

---

Desejo expressar o meu agradecimento ao Dr. Manuel Martins Alves, responsável como orientador. O seu espírito crítico, construtivo e a sua motivação para desenvolver este tema, que me incutiu durante a elaboração do presente trabalho, foi marcante e decisiva na minha forma de encarar esta fase do meu percurso académico.

Aos meus pais e família, por me incutirem o amor ao estudo e à realização profissional como valores importantes na minha vida, pelo carinho e constante apoio nos diversos obstáculos que fui encontrando.

## Referências Bibliográficas

---

- [1] – Yadav, G., Wang, X., Liu, Z. (2016) Psychological Stress Exarcerbates Development of Inflammatory Bowel Disease. *Biomedical Letters*. 2(1), pp.53-59.
- [2] – Targownik, L., Sexton, K., Bernstein, M., Beatie, B., Sargent, M., Walker, J. Graff, L. (2015). The Relationship Among Perceived Stress, Symptoms and Inflammation in Persons with Inflammatory Bowel Disease. *The American Journal of Gastroenterology*. 110(7), pp.1001-1012.
- [3] – Bannaga, A., Selinger, C. (2015). Inflammatory Bowel Disease and Anxiety: Links, Risks and Challenges Faced. *Clinical and Experimental Gastroenterology*. 8, pp.111-117.
- [4] – Danesh, M., Gholamrezaei, A., Torkzadeh, F., Mirbagher, L., Soluki, R., Emami, M. (2015). Coping with Stress in Patients with Inflammatory Bowel Disease and its Relationship with Disease Activity, Psychological Disorders and Quality of Life. *International Journal of Body, Mind & Culture*. 2(2), pp.95-104.
- [5] – Filipovic, B. (2014). Psychiatric Comorbidity in the Treatment of Patients with Inflammatory Bowel Disease. *World Journal of Gastroenterology*. 20(13), pp.3552-3563.
- [6] – Devlen, J., Beusterien, K., Yen, L., Ahmed, A., Cheifetz, A, Moss, A. (2014). The Burden of Inflammatory Bowel Disease: A Patient-reported Qualitative Analysis and Development of a Conceptual Model. *Inflammatory Bowel Disease*. 20(3), pp.545-552.
- [7] - Warrell D, Cox T, Firth J, editors. (2010) *Oxford Textbook of Medicine*. 5th ed. Oxford, UK: Oxford University Press, pp.2371-2383.

- [8] - Warrell D, Cox T, Firth J, editors. (2010) *Oxford Textbook of Medicine*. 5th ed. Oxford, UK: Oxford University Press, pp.2361-2370.
- [9] – Paulino, M. - Aspectos psico-sociais da doença de Crohn. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1994. Dissertação de Doutoramento.
- [10] – Jordan, C., Sin, J., Fear, N., Chalder, T. (2016) A Systematic Review of the Psychological Correlates of Adjustment Outcomes in Adults with Inflammatory Bowel Disease. *Clinical Psychology Review*. 47, pp.28-40.
- [11] – Jaghult, S., Saboonchi, F., Moller, J., Johansson, U., Wrediling, R., Kapraali, M. (2013) Stress as a Trigger for Relapses in IBD: A Case-crossover Study. *Gastroenterology Research*. 6(1), pp.10-16.
- [12] – Triantafillidis, J., Merikas, E. and Gikas, A. (2013) Psychological Factors and Stress in Inflammatory Bowel Disease. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 7(3), pp.225-238.
- [13] – Iglesias-Rey, M., Barreiro-de Acosta, M., Caamano-Isoma, F., Rodriguez, I., Ferreiro, R., Lindkvist, B., Gonzalez, A., Dominguez-Munoz, J. (2013) Psychological Factors are Associated with Changes in the Health-related Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Disease*. 20, pp.92-102.
- [14] – Sajadinejad, M., Asgari, K., Molavi, H., Kalantari, M., Adibi, P. (2012). Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview. *Gastroenterology Research and Practice*, pp.1-11.
- [15] – Bernstein, C., Singh, S., Graff, L., Walker, J., Miller, N, Cheang, M. (2010) A Prospective Population-based Study of Triggers of Symptomatic Flares in IBD. *The American Journal of Gastroenterology*, 105(9), pp.1994-2002.

- [16] – Haapamaki, J., Tanskanen, A., Roine, R., Blom, M., Turunem, U., Mantyla, J., Farkkila, M., Arkkila, P. (2012). Medication Use Among Inflammatory Bowel Disease Patients: Excessive Consumption of Antidepressants and Analgesics. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 48(1), pp.42-50.
- [17] – Vaisto, T., Aronen, E., Simola, P., Ashorn, M., Kolho, K. (2010). Psychosocial Symptoms and Competence Among Adolescents with Inflammatory Bowel Disease and Their Peers. *Inflammatory Bowel Disease*. 16(1), pp.27-35.
- [18] – Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. (2015) *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. Mc Graw Hill Education, pp.1947.
- [19] – Overman, E., Rivier, J. and Moeser, A. (2012). CRF Induces Intestinal Epithelial Barrier Injury via the Release of Mast Cell Proteases and TNF- $\alpha$ . *PLoS ONE*, 7(6), p.e39935.
- [20] – von Wietersheim, J. and Kessler, H. (2006). Psychotherapy with Chronic Inflammatory Bowel Disease Patients: A Review. *Inflammatory. Bowel Diseases*, 12(12), pp.1175-1184.



